A U T O R I Z A Ç Ã O

____, portador do RG n. ____________________, CPF n. ____________________, autorizo a Superintendência de Polícia Técnico-Científica do Estado de Rondônia a obter:

a) Meus dados funcionais junto a Órgãos Públicos, Autarquias, Sociedades de Economia Mista, e pessoas Jurídicas de Direito Privado;

b) Meus dados médicos.

Porto Velho/RO, ______ / ______ / ______

____
(Assinatura Digital)